

証 明 願

年 月 日

倉敷市保健所長 殿

住 所
〔 法人にあっては、主たる
事 務 所 の 所 在 地 〕

氏 名
〔 法人にあっては、名称
及 び 代 表 者 の 氏 名 〕

次のとおり、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和
35年法律第145号）第39条の3第1項の規定による管理医療機器販売業又は貸与業の届
出をしたことを証明願います。

記

業 種	
営 業 所 の 名 称	
営 業 所 の 所 在 地	
営 業 者 氏 名	
届 出 年 月 日	
管 理 者 氏 名	
備 考	

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

倉敷市保健所長 種 本 和 雄